# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL


## SOMMAIRE


**...ique médicale** : Etude théorique et pratique sur le pou...n, ses fonctions et ses maladies. La tuberculose pulmonaire et ...guérison clinique, par le Dr H. Grasset, de Nogent-sur-Marne, ... — **Revue de la presse** : Sur l'embolie pulmonaire dans ...pratique obstétricale gynécologique, 399. — **Académie des ...iences** : *Séance du* 14 *juin* 1897. Présidence de M. Chatin. ... Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux ap...cations de rayons X; pathogénie et traitement, 390. — **Aca...emie de médecine** : *Séance du* 15 *juin*. Présidence de M. Ca...ntou. — Les navires-hôpitaux dans les expéditions colo...ales, 391. — Les incubations rabiques et la paralysie ascen...nte aiguë, 391. — Du traitement ambulatoire dans les ...actures de jambe, 392. — **Société médicale des hôpitaux** : ...*éance du* 11 *juin* 1897. Présidence de M. Debove. — Syno...tes multiples à pneumocoques, 392. — Les métrorragies dans ...s maladies du cœur, 393. — Hydropneumothorax chez un tu...erculeux; guérison par la thoracentèse, 393. — Fièvre de sur...enage causée par la bicyclette, 393. — **Société française de ...ermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du* 10 *juin* ...897. — Nævus de la région du coude. Applications médicales ...e la radiographie, 394. — Ulcères phéniqués, 394. — Maladie ...e Meleda, 394. — Note sur le traitement externe de l'eczéma, ...95. — Sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments ...cuminés pilaires et remarquable hyperchromie, 395. — Sur une ...rythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyn...ées, 395. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du* ...2 *juin* 1897. Présidence de M. A. Voisin, vice-président. — ...résentation de brochure, 396. — Etude sur un cas d'éléphan...iasis chez une femme n'ayant jamais quitté la France, 396. — ...Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ...es maladies. Guérison clinique de la tuberculose pulmonaire, ...396. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 16 *juin* 1897. Pré...sidence de M. E. Delens. — Du choix des procédés d'extirpa...tion dans le traitement du cancer du rectum, 397. — Procédé ...d'hystérectomie abdominale totale, 397. — Uretère surnumé...raire s'ouvrant dans le vagin et à la vulve. Abouchement de ...l'uretère dans la vessie. Guérison, 397. — **Variétés** : La ques...tion de l'ordre des médecins devant le Conseil général des Socié...tés médicales d'arrondissement, 397. — Les thèses de doctorat, ...398. — **Nouvelles**, 399. — **Bulletin bibliographique**, 400.


## CLINIQUE MÉDICALE

—

### Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ses maladies. — La tuberculose pulmonaire et sa guérison clinique (1).


Par le Docteur H. Grasset (de Nogent-sur-Marne).


Afin de montrer l'originalité et l'indépendance de ma méthode, je dois auparavant entrer dans quelques considérations sur une théorie histogénétique à laquelle je travaille depuis plusieurs années. Ces quelques lignes sont indispensables, car simultanément à mes recherches, on vient de publier des essais empiriques sur l'opothérapie pulmonaire d'une part, et sur l'extraction des produits cellulaires et microbiens d'autre part. En Allemagne, Büchner et Koch bataillent pour la priorité de la découverte du procédé d'extraction par trituration mécanique ; il est bon de rappeler que ces messieurs se sont emparés d'une méthode que M. Béchamp a décrite depuis longtemps (V. microzymas), en partant justement des cellules de la levure de bière, comme l'a fait Büchner, et dont il a développé les conséquences physiologiques ; ce n'est pas la première fois que les Allemands accaparent, en les transformant légèrement, les travaux de ce savant ou de ses élèves et se posent comme innovateurs.

Je tiens à le déclarer hautement, ce sont les idées de M. Béchamp, que je n'ai pas l'honneur de connaître particulièrement et dont je n'ai pas été l'élève, qui ont été le point de départ des miennes. Ce savant a montré que la cellule est formée d'unités vitales d'un ordre inférieur, confondues généralement sous le nom de granulations accouplées et qu'il appelle *microzymas* ; ces éléments ont une vie propre, indépendante et c'est en eux qu'est concentrée toute l'activité chimique de la cellule, ils agissent au moyen des ferments solubles, les *zymases*, qu'ils fabriquent.

Maggi, en 1878, admettait que les cellules diverses sont formées de plastidules individualisées puis associées, de la disposition et de la forme desquelles dépendent les différentes phases d'activité de la cellule.

Arnott, en 1881, émet une idée de la théorie granulaire du protoplasma, mais c'est surtout un auteur français, M. H. Martin, qui, en 1882, sous l'influence des idées de M. Béchamp, dont il avait été l'élève, développa la théorie et en indiqua les conséquences histo-physiologiques ; pour lui la différenciation et la sériation granulaire sont en rapport avec l'activité physiologique du tissu.

A partir de 1886, un Allemand, Altmann, dans une série de travaux, s'empare des idées de H. Martin sans seulement le citer, mais en les transformant légèrement. D'après des méthodes spéciales de fixation et de coloration, il admet que les granulations ou bioblastes sont les éléments vraiment vivants du protoplasma, et que les parties qui n'en possèdent pas ne sont point vivantes ; les bioblastes sont des unités indépendantes susceptibles de vivre et de multiplier par divison. Ses procédés le conduisent à admettre que les grains de pigment forment la partie active, ce qui est contraire à

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 juin 1897.

toutes les données physiologiques, de sorte qu'il donne le coup mortel à la théorie granulaire, en confondant les granulations vivantes et leurs produits.

En 1890, ZIMMERMANN étend aux végétaux les théories d'Altmann.

En 1891, les frères ZOJA reprennent les idées de Maggi, mais restent un peu indécis au sujet du rôle des granulations. Enfin en 1893, le professeur SAPPEY, dans son traité d'anatomie générale qui semble avoir été oublié par le monde savant et par ses biographes, et qui renferme cependant des faits extrêmement importants sur la constitution des tissus, rapproche les granulations cellulaires des leucytes bien connus en anatomie végétale et prouve que les fibres diverses ne sont que des associations de leucytes. Ces organites vivent, croissent et se multiplient par division.

De mon côté, me basant sur les travaux publiés sur les cellules et sur de nombreuses observations et expériences histo-chimiques personnelles, je suis arrivé à une théorie que je me propose de développer amplement ultérieurement, et dont je vais indiquer sommairement les bases.

Les cellules et certains de leurs produits de différenciation que forment les tissus, sont composés de granulations vivantes, indépendantes, se reproduisant par division, à fonctions diverses, dont l'association réalise l'organisation histo-physiologique. Ces organites ou *granulomes* donnent naissance à des produits divers, liquides ou solides, dont les uns sont des éléments d'union, les autres des résidus ou réserves (pigments, graisses, etc.), et enfin les autres des produits chimiques et des ferments solubles agents de l'activité cellulaire qui concourent au fonctionnement de l'organisme. Suivant l'ordonnation des producteurs et l'abondance des dérivés, on conçoit aisément les dispositions cellulaires sériées, fibrillaires, réticulaires, alvéolaires, spongieuses, etc. Ces granulomes sont de trois espèces principales, solidaires l'une de l'autre, mais dont il est difficile de suivre l'ordre de filiation complet. Les plus fins ou *granulosomes*, partie constituante du stroma protoplasmique, jouent un rôle important dans l'assemblage cellulaire; ils se réunissent pour former la charpente, sont les agents de la nutrition générale de la cellule ; en dehors d'elle ils forment les dérivés histologiques, les diverses fibres. Ceux de la seconde espèce ou *granulozymes*, généralement plus volumineux, plus mobiles, plus indépendants, sont issus de la transformation des premiers, ils répondent en majeure partie aux microzymas de M. Béchamp et aux leucytes de Sappey et des botanistes. Ils peuvent se mobiliser et sortir de l'assemblage général, ce sont les producteurs des agents modificateurs chimiques. Enfin ceux de la troisième espèce, les *granulogènes*, qui jouent un rôle important dans les phénomènes de cytodiérèse, se rencontrent spécialement dans le noyau cellulaire; leur ordre de filiation avec les précédents m'est encore inconnu.

La fonction des *granulosomes* et des *granulogènes* [illegible] surtout bien mise en évidence par les phénomènes [illegible] karyokinèse et ceux d'histogénèse des tissus élastique et musculaire ; celle des *granulozymes* est dévoilée principalement par l'étude des actions glandulaires. Les méthodes histo-chimiques ou purement physiques doivent prévaloir dans l'étude des structures intimes, les méthodes de coloration étant foncièrement défectueuses ne doivent servir que d'adjuvant.

Il résulte de ces notions que, pour l'individu organisé, la partie vraiment utile dans la cellule est représentée par les granulozymes qui donnent les fonctions chimiques générales et que si une de ces fonctions chimiques vient à être supprimée ou à subir une évolution morbide, on peut y remédier par l'apport d'une fonction semblable empruntée à un organisme similaire sain. Donc *l'organothérapie* est la seule méthode rationnelle et physiologique que l'on doive suivre dans le traitement des troubles morbides. Je dis *organothérapie* et *non opothérapie* qui est la méthode généralement employée. Les extraits glandulaires obtenus d'après les indications de M. d'Arsonval ou similaires, ne contiennent qu'une partie des principes actifs ; si les zymases peuvent impunément passer à travers le filtre, ce qui n'est pas prouvé, il est acquis que les matières albuminoïdes y subissent des transformations notables ; or nous ne savons encore si, dans une glande donnée, il n'y a pas d'autres principes actifs plus énergiques que ceux isolés jusqu'alors, d'après les quelques notions acquises sur les fonctions internes des glandes, il est même probable qu'il en est ainsi ; de plus les ferments solubles sont peu connus au point de vue chimique, il est à croire que leur action s'exerce plutôt lorsqu'ils sont en combinaison avec un albuminoïde dont il faut se garder de les séparer. Donc les sucs obtenus sont des produits incomplets, car le filtre retient la molécule active.

Les glandes fraîches, dans les liquides organiques physiologiques, conservent leurs fonctions chimiques pendant un certain temps et fonctionnent activement dans l'estomac, si leur activité s'arrête après une période variable, l'action chimique n'est pas terminée car les granulozymes mis en liberté vivent encore plus longtemps et se débarrassent de la totalité de leurs principes actifs. Donc l'ingestion directe des tissus est le seul moyen pour obtenir une action sérieuse. C'est pourquoi l'on a vu l'absorption directe du sang frais des individus débilités ramener rapidement les forces ; c'est pourquoi la viande crue est à la fois un aliment et un tonique, tandis que la viande cuite n'est qu'un simple aliment; c'est pourquoi la sérothérapie peut donner des améliorations, car c'est dans le sang que se déversent en partie les ferments et les granulozymes des tissus.

Lorsqu'on emploie les glandes desséchées, on n'obtient qu'un produit frustre; la dessication, quel que soit le procédé employé, amène des modifications considé-

dans la structure des albuminoïdes; si la chaleur vient, les ferments sont annihilés.

organothérapie a des inconvénients secondaires au t de vue scientifique, mais notoires au point de vue ique; ce sont d'abord la répugnance des malades à gestion des organes crus et saignants, ensuite le que de facilité de se procurer les tissus frais quotinement. J'ai donc cherché à réaliser la séparation *granulozymes* et de *leurs produits* sous forme de tures faciles à prendre, préparées à froid, sans stéation et se conservant facilement pendant un laps emps considérable. Je leur donne des noms typis, rappelant leur origine et leur but; ainsi pour le mon, je les dénomme *mixtures pulmothérapiques*. s ces préparations dont le mode varie avec l'organe e but à atteindre, les *granulozymes* sont à l'état de latente, aussitôt après l'ingestion, dilués dans les ides organiques et sous l'action de la chaleur animale reprennent tout ou au moins partie de leur vitalité; qui le prouve, ce sont les effets obtenus beaucoup s puissants qu'avec mille autre préparations. J'ai ayé, avec grand succès, le traitement de diverses ections, je les publierai successivement; aujourd'hui ne veux m'occuper que des affections de l'appareil oncho-pulmonaire qui, depuis longtemps, sont l'objet mes préoccupations.

Auparavant je dois faire une digression sur les fonc-ns du poumon et sur la manière dont j'envisage ses ladies aux points de vue théorique et pratique.

Le poumon est une glande : cette considération adse depuis longtemps au point de vue embryologique t restée lettre morte au point de vue physiologique, l'épithélium pulmonaire, dernièrement encore, n'était nsidéré que comme jouant un rôle purement phyque, simple membrane de revêtement permettant les hanges gazeux. On en est arrivé ensuite à le regarder comme ayant un rôle prépondérant dans les hanges respiratoires qui ne seraient plus alors des hénomènes d'osmose et d'exosmose; mais des actes itaux. Cette fonction, très importante, il est vrai, est oin d'être la seule, le poumon agit comme une glande sécrétion interne. Les cellules épithéliales possèdent ne portion renflée, très granuleuse, entourant le oyau; cette richesse en *granulozymes* indique forcément la production de dérivés et de ferments actifs; le oumon excrète de nombreux produits toxiques et volatils, mais il secrète aussi des substances encore inconnues qui ont une très grande action sur l'organisme. La meilleure preuve en est dans les troubles profonds qui surviennent chez les individus atteints d'affections broncho-pulmonaires aiguës ou chroniques, chez les pulmoniques, comme disaient les anciens:

Dans certaines bronchites aiguës, avant la période d'exsudation, au moment où la muqueuse se trouve simplement congestionnée, turgescente, il existe une dyspnée qui n'est pas mécanique puisque les voies aériennes ne sont que légèrement rétrécies, qui n'est pas d'origine microbienne puisqu'elle cesse un peu plus tard quand les microorganismes deviennent plus nombreux dans les crachats muco-purulents, mais qui est toxique d'origine pulmonaire, par manque de fonctionnement de l'épithélium; c'est une *pneuémie*, la fièvre qui l'accompagne est, en grande partie, du même ordre, car, comme nous le verrons plus loin, ils cèdent rapidement sous l'influence des ferments pulmonaires. Il en est de même, en partie du moins, dans les fluxions du parenchyme et dans la pneumonie. Dans les affections chroniques, on a surtout une preuve de l'absence de certains produits de la glande par le retentissement profond des troubles sur les autres organes; si on améliore le poumon les autres fonctions se rétablissent. Dans la phtisie chronique, les troubles de nutrition si accentués s'amendent dès que les lésions sont efficacement combattues; on énonce généralement la proposition contraire car l'on sait que, sous l'influence d'une forte alimentation, il y a amélioration de l'état général et de l'état local, mais, en examinant attentivement les faits, dans la plupart des cas, on est forcé de convenir que les lésions s'atténuent avant que la nutrition reprenne son cours, nous en aurons une preuvè plus évidente en parlant de notre traitement. La pigmentation de la peau, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, l'atrophie musculaire, etc., chez les chroniques du poumon disparaissent ou s'amendent en partie si on leur restitue les produits des granulozymes, et cela d'une façon très évidente, j'ai même vu un purpura cachectique des membres inférieurs disparaître vivement. En un mot, le poumon est une glande dont les sécrétions possèdent une action énorme sur toute l'économie, quoique d'essence inconnue, car tout trouble morbide modifiant la fonction normale occasionne un retentissement marqué sur tout l'état général de l'individu.

Une grande notion domine l'étude des maladies de cet organe, c'est l'hérédité. Si nous mettons de côté les influences professionnelles, les positions climatériques, et les conditions antihygiéniques, ou plutôt si dans les divers cas nous faisons la part de ces causes, nous apercevrons nettement la dominante, l'hérédité. Les phénomènes de cytodiérèse ont jeté une lueur importante dans l'étude de l'hérédité, la phase de division des anses chromatiques qui est, en somme, une réproduction par division directe des granulogènes, montre que la cellule fille possède les mêmes éléments et les mêmes fonctions chimiques que la cellule-mère. Les granulosomes et les granulozymes plus ou moins modifiés qui forment les radiations achromatiques se multiplient de même; s'ils ont subi une déviation de leur rôle dans la cellule-mère, ils se reproduisent avec ce même trouble dans la cellule-fille. Nous savons combien est intense sur l'appareil génital, le retentissement des affections pulmonaires, donc une modification du chimisme des granulozymes trachéo-alvéolaires aménera fatalement celle du chimisme des granulozymes ovulaires ou des tubes séminifères, étant donnée la précocité de la dif-

férenciation de l'ovule, il est facile de concevoir comment peut l'emporter l'influence de l'atavisme sur la filiation directe, et surtout du côté paternel. L'hérédité est l'héritage d'une fonction chimique; si le trouble morbide porte sur le tissu conjonctif, on trouve chez les descendants les diverses modalités de la diathèse arthritique, obésité si c'est le tissu conjonctif de soutènement, goutte ou rhumatisme suivant que c'est le tissu fibreux ou le revêtement séreux; chez les névropathes, les granulozymes nerveux sont déviés de leur chimisme, les enfants en prennent la succession. Il en est de même pour le fonctionnement des granulozymes pulmonaires.

C'est chez l'enfant et l'adolescent dont l'activité pulmonaire est plus considérable et chez lesquels les troubles morbides de cette fonction font le plus ressentir leur action sur les autres fonctions, que l'on peut juger surtout de la valeur de l'hérédité. Ces enfants lymphatiques qui tombent avec une facilité remarquable sous l'influence d'une affection quelconque, banale, sont des héréditaires pulmonaires en majeure partie; dans les infections générales ils montreront toujours une plus forte intensité des phénomènes du côté de l'appareil broncho-pulmonaire. A partir d'un certain âge la classe se bifurquera; les uns iront vers l'arthritisme à manifestations pulmonaires, emphysème et bronchite chronique, asthme; les autres vers les rhumes, bronchites à répétition, phtisie, de même qu'ils sont issus soit d'arthritiques pulmonaires, soit de tuberculeux ou proviennent d'un croisement.

La glande poumon étant formée d'une invagination unique, l'arbre broncho-pulmonaire possède une unité physiologique complète, l'épithélium présente la même fonction chimique de la trachée à l'alvéole, la fonction mécanique seule diffère, c'est pourquoi l'inflammation procède facilement d'un territoire à l'autre, et c'est pourquoi l'on peut proclamer l'unité morbide des voies aériennes. Toute affection pulmonaire est le résultat d'un trouble de la fonction chimique de l'épithélium ou de couches sous-jacentes retentissant réciproquement l'une sur l'autre; dans la presque totalité des cas, c'est l'épithélium qui en est cause, et toujours c'est lui qui a le rôle majeur, car il est le seul possédant des fonctions chimiques actives. Les causes de l'évolution morbide chimique peuvent se réunir sous trois chefs principaux : (causes physiques, chimiques et troubles de nutrition) présentant des subdivisions.

*Causes physiques.* — Thermiques (froid ou chaleur); hygrométriques (humidité, sécheresse); mécaniques intra-pulmonaires (poussières, déchets professionnels, etc.); mécaniques extra-pulmonaires (compressions thoraciques ou bronchiques, etc.)

*Causes chimiques.* — Médicaments et poisons; gaz et vapeurs irritantes; intoxications alimentaires; intoxications par défaut ou excès d'autres fonctions; intoxications par maladies d'autres organes.

*Troubles de nutrition.* — Par nutrition généra troubles circulatoires; troubles d'innervation.

Ces causes agissent rarement seules, d'une fa pure, elles se combinent plus ou moins. Les mic organismes ne jouent qu'un rôle tout à fait accessoi ce sont des éléments de même ordre que les gran zymes avec des fonctions chimiques analogues mais férentes dans leurs principes. D'abord étrangers d l'arbre aérien, ils n'agissent que mécaniquement. comme ils ne pénètrent pas en masse comme les po sières professionnelles, leur action est nulle, d'aut que le mucus normal leur est fatal. Si, pour une au cause, il y a déviation de l'évolution chimique, ils p vent croître et se multiplier dans le milieu anorm mais, dans la grande majorité des cas, ils ne sont des pseudo-parasites, ce sont des colons, des *pul coles;* il en est ainsi dans les bronchites simples aig ou chroniques, il en est de même dans les poussées c gestives et dans la pneumonie franche à évolution n male par résolution nette. Dans les pneumonies se t minant par la suppuration et la phtisie chronique n'en est plus tout à fait ainsi, car ce sont des com cations d'affections simples ou multiples. Nous revie drons plus loin sur le rôle du microbe dans ces cas.

Quelle que soit la cause qui amène la réaction p monaire, le processus de défense est identique. Si c un agent physique ou mécanique, la muqueuse se défe par hypersécrétion, les granulozymes irrités dévi leurs fonctions, excrètent du mucus qui servira en mê temps d'agent protecteur et évacuateur; cette exc tion sera d'autant plus abondante que l'irritation s plus considérable; au-delà d'une certaine limite, cellule épithéliale sera perdue pour le poumon; de nue muqueuse, vacuolaire, elle sera destinée à l' mination.

Ce travail actif est favorisé par la congestion vas laire, processus primitif de la réaction, amené par tion vaso-dilatatrice produite par la simple irritat des extrémités nerveuses de la muqueuse; il n'est po besoin pour l'appliquer d'invoquer les poisons chi ques vaso-dilatateurs, la simple irritation suffit, le p nomène est d'ordre réflexe comme celui qui se pa pour l'expulsion d'un corps étranger de la trachée ne nie pas que plus tard les secrétions morbides granulozymes ne viennent compliquer l'action, mai processus primitif est un acte pur. Plus tard, les ce les du tissu sous-épithélial, les leucocytes diapédis mettent en activité leurs granulozymes pour secou l'épithélium; ils commencent par se diviser pour mu plier et essayent leur rôle de vecteurs directs et act eux aussi peuvent succomber à la tâche, et ils v alors tomber mortifiés dans les produits excréteurs donner le muco-pus. L'apparition du muco-pus indi que l'épithélium est bien lésé et a besoin d'un secou la preuve en est que si l'on supplée à ses fonctions, muco-pus disparaît rapidement et l'excrétion redevi muqueuse puis disparaît à son tour; les cellules mig

s n'ont plus besoin de venir au secours de l'épi-
um. Ordinairement nous voyons la bronchite gué-
etit à petit, les crachats muco-purulents devien-
de plus en plus épais et rares, pour cesser ensuite,
le processus ne revient pas par les stades primi-
au contraire, si l'on administre la *mixture pulmo-
peutique*, la guérison est rapide, car l'on supplée
pithélium, l'excrétion redevient muqueuse presque
ntanément.

ns les intoxications, le processus est un peu diffé-
. Si l'origine est interne, il y a vaso-dilatation d'es-
e chimique qui amène la congestion et la turges-
e de la muqueuse. Le produit toxique amené par le
au contact des éléments anatomiques provoque le
gement du milieu dans lequel vivent les granulo-
es, ceux-ci luttent au début, mais bientôt ils chan-
leur fonction, et suivant l'espèce d'intoxication,
uisent soit du mucus, soit des principes albumi-
, soit des matières fibrineuses, etc.; il en résulte
c'est l'évolution morbide du granulozyme qui donne
ure clinique de la réaction et provoque soit la bron-
e, soit la congestion, soit la pneumonie ou broncho-
umonie. Le phénomène est de même ordre que ce-
qui se passe dans le rein pour les néphrites épithé-
s-toxiques, où le granulozyme rénal excrète des
cipes albuminoïdes qu'il ne produit point à l'état
nal.

ans les troubles de nutrition, il est aisé de com-
ndre que la vitalité des granulozymes étant diminuée,
olution vers un changement chimique de fonctions
facile, sous l'influence d'une cause minime interne
externe. Le cas se ramène aux précédents.

oyons maintenant comment il faut comprendre
olution de la phtisie pulmonaire et le rôle du bacille
Koch. Il est évident qu'ici je n'envisage que la tu-
culose pulmonaire primitive chronique, laissant de
é la granulie qui, comme la septicémie, est une dé-
aposition morbide générale de l'individu. D'abord,
aut bien se pénétrer de ceci, c'est que la tubercu-
e pulmonaire est et se comporte comme une affection
ale. La plupart des tuberculeux chroniques meurent
t par insuffisance de tissu pulmonaire amenant alors
sphyxie, soit par suite d'inanition venant du reten-
sement de la lésion sur les fonctions digestives; l'em-
isonnement interne par suite de la cessation du
nctionnement de la glande joue aussi un rôle notable:
fluxions et poussées congestives qui surviennent et
traînent la mort, ne sont que des épiphénomènes.

Les conditions étiologiques si bien étudiées et décrites
ant l'ère bactériologique sont de première impor-
nce; le bacille de Koch n'est qu'accessoire ainsi que
s micro-organismes des pseudo-tuberculoses, qui sont
somme de véritables tuberculoses de par leur
lure. Étant donnée l'immense répartition des microbes
ns les milieux habités, la fréquence de sa présence
ns les diverses cavités et même les tissus de l'orga-
sme qui ne sont nullement atteints de tuberculose, il
faut bien admettre que c'est l'*individu qui fait tout*, et que les conditions étiologiques nécessaires, indispensables, priment la notion bacillaire. On peut envisager l'homme comme un terrain de culture préparé par l'hérédité ou les circonstances extérieures. Des parents tuberculeux lèguent à leurs enfants non seulement une faiblesse pulmonaire, mais surtout une fonction chimique altérée, des granulozymes déviés de leur rôle physiologique; que cette déchéance soit aggravée par les mauvaises conditions hygiéniques ou des troubles variés, immédiatement l'évolution morbide se complète et cela spontanément. Le bacille joue le rôle d'un cristal dans une solution sursaturée en déterminant le sens de l'évolution. La comparaison est complète, car pour qu'un cristal donné puisse déterminer la cristallisation d'une masse sursaturée, il ne suffit pas d'avoir une solution quelconque, il faut qu'elle soit formée d'un sel ayant des analogies chimiques avec le cristal provocateur; il en est de même pour la tuberculose : il ne suffit pas que l'individu soit affaibli ou que l'organe particulièrement tangible soit altéré, il faut qu'il le soit dans un sens déterminé, et l'hérédité est le facteur le plus important de cette détermination. Chez les non héréditaires, à la longue, les conditions étiologiques peuvent fabriquer cette orientation qui est toute faite chez les autres, de même les procédés hygiéniques peuvent l'atténuer ou la faire disparaître.

Chez les individus indemnes de toute tare, ou chez ceux qui sont héréditaires pulmonaires sans spécificité, le bacille tuberculeux est toujours présent, ou dans les voies aériennes ou dans les ganglions bronchiques, et cependant ils ont de nombreuses manifestations broncho-pulmonaires ne se rattachant aucunement à la tuberculose, le poumon souffre, les voies sont ouvertes au bacille, tout semble favoriser la dégénérescence tuberculeuse et cependant elle ne se produit pas; les malades toussent, expectorent et dans les crachats muco-purulents ou purulents, pas de traces de tuberculose, puis tout à coup, soit sous des influences peu nettes, soit au contraire dans des conditions bien déterminées, après de nombreuses années de résistance, arrive la décadence organique, le malade devient phtisique, expulse ses bacilles et meurt de consomption. Les bronchitiques chroniques dont le cœur résiste, dans leur vieillesse finissent très fréquemment par la tuberculose, surtout si le diabète et l'albuminurie se mettent de la partie.

En somme c'est la fonction des granulozimes qui détermine la déviation, le bacille n'est que le provocateur qui agit lui aussi comme agent chimique. Il s'en faut de beaucoup que le provocateur de la tuberculose soit bien connu; le bacille de Koch qui semble être le contage le mieux établi possède cependant une variation morphologique et une chimie encore peu étudiée. Dans les diverses granulations tuberculeuses, ne voyons-nous pas souvent des grains sphériques ou ovoïdes présenter les mêmes réactions micro-chimiques que le bacille;

dans les crachats abandonnés à la putréfaction les bacilles ne se résolvent-ils pas en corps ovoïdes conservant leurs propriétés vis-à-vis des colorants, et provoquant la tuberculose aussi facilement; dans la tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal, ne voyons-nous pas à la quatrième génération les granulations zoogléiques se transformer en tubercules typiques avec bacilles. Le fait peut s'expliquer tout autrement que ne l'ont fait les auteurs sous l'influence d'idées préconçues; dans certaines tuberculoses cutanées ou locales, le bacille n'a jamais été directement découvert, ce n'est que l'inoculation qui a donné la preuve de l'affection; de nombreux auteurs n'ont-ils pas provoqué la tuberculose expérimentale par l'inoculation du sang de la veine ombilicale de fœtus issus de mères tuberculeuses, ou par des fragments de tissus fœtaux, alors que les autres méthodes de recherches du contage tuberculeux dans ces milieux avaient donné des résultats négatifs; il en est de même dans les divers épanchements pathologiques qui ne peuvent être ramenés à une origine tuberculeuse que par expérimentation.

(*La fin au prochain numéro*).

## REVUE DE LA PRESSE

**Sur l'embolie pulmonaire dans la pratique obstétricale gynécologique**, par Théodor Wyder. (*Deutsche med. zeit.*), 23, 1897.. — Wyder a rapporté 9 cas d'embolie pulmonaire mortelle après des opérations obstétricales et pynécologiques (parmi lesquelles une ventrofixation. une laparotomie exploratrice, un curettage dans le cancer utérin inopérable) et a fait remarquer qu'il n'est pas très rare de voir de petites interventions gynécologiques avoir pour conséquence des embolies pulmonaires avec issue mortelle. De là pour le médecin le devoir de ne pratiquer des opérations gynécologiques, malgré leur innocuité habituelle que lorspu'elles sont formellement indiquées, c'est-à-dire lorsque les autres méthodes de traitement ont échoué ou qu'elle ne peuvent amener le même résultat.

Le traitement consiste, lorsque l'embolie ne cause pas la mort immédiate, à faire observer le repos le plus absolu ; à prescrire les médicaments propres à soutenir l'énergie cardiaque. Comme prophylaxie, il faut avoir recours de suite aux mêmes moyens lorsque des œdèmes, des cordons douloureux, des douleurs déchirantes dans les jamhes, etc, indiquent l'existence de thromboses dans les membres inférieurs. Lorsque le diagnostic est incertain, Wyder attache une valeur particulière à un symptôme, signalé par Mahler, c'est la fréquence élevée du pouls contrastant étrangement avec la température.

L. J.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 14 juin* 1897. — *Présidence de* M. Chatin.

**Sur un cas très grave de dermatite consécutive à de applications de rayons X; pathogénie et traitement.** - M. le Dr Apostoli. M. le professeur d'Arsonval présente l'examen de l'Académie des Sciences, au nom du Dr Apostoli, le cas le plus grave et le plus rebelle de dermatite soit jusqu'à présent connu, dont il expose l'histoire sommaire, et pour lequel il préconise un nouveau traiteme

Il s'agit d'un très vaste sphacèle de la paroi abdomin qui, en février dernier, mesurait encore 17,7 centimèt sur 13,6 et était consécutif à deux applications de ray Rœntgen faites à Dubin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance, d'une durée de 40 minutes, tube de Crooks avait été distant de 15 centimètres de peau ; dans la seconde, d'une durée de 90 minutes, le t avait été rapprochée à 9 centimètres.

*Suites immédiates* : Quelques nausées consécutives ap chaque séance, mais sans vomissement.

*Suites éloignées* : Apparition, deux jours après la derni séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggrava

- Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulem séreux abondant.

— Formation progressive d'une escharre.

— Amélioration notable en juillet.

— Rechute, avec nouvelle mortification en août, et a apparition de brûlure et de douleur intense au niveau la surface mortifiée.

— Application successive de toutes les lotions, de t les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajout même la greffe épidermique et le raclage pratiqué ap anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et solu pendant huit mois.

— Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pend cinq heures tous les jours, est le seul traitement qui par avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croiss de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensibleme

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliq avec l'assistance du Dr Planet, et qui peut se résum ainsi :

— Bains statiques quotidiens avec effluvation sur partie malade pendant toute la séance d'une du moyenne de vingt à trente minutes.

— Fin mars, association au bain statique de l'appli tion des courants de haute fréquence sous la forme de condensateur.

— Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de ba hydro-électriques avec le courant ondulatoire.

— Amélioration progressive depuis le début du trai ment électrique et, en particulier, depuis l'association l'effluvation statique aux applications polaires du c rant ondulatoire.

— Détachement très lent, mais toujours progressif l'escharre sèche et adhérente, et réduction actuelle de p de la moitié de la surface totale primitivement sphacél

— Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en plei voie de guérison et le traitement se poursuit sans nou incident à signaler.

Voici les conclusions sommaires formulées par le Dr Ap toli :

L'application des rayons Rœntgen peut provoquer, ; certaines circonstances, une *dermatite* plus ou moins ;e caractérisée soit par un érythème simple, soit par escharre plus ou moins profonde pouvant intéresser la ı jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ;

Cette dermatite, variable suivant son siège (peau, les, poils), variable également dans une certaine me- ; suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, ıssimiliable sous plusieurs rapports à une brûlure élec- ue ordinaire et présente comme cette dernière les nes caractères généraux d'*asepsie*, d'*apyrexie*, d'*évolu- très lente* vers la réparation — et d'*intensité à peu près e dans toute son étendue* ;

Cette dermatite est toujours le résultat d'une faute ratoire commise soit, et avant tout, par le rapproche- ıt trop grand de la peau du tube de *Crooks*, soit par la ée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des ıces trop multiples et trop rapprochées ;

Le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de e dermatite rebelle le courant électrique qui devra ıprendre les modes suivants que l'on pourra associer à nsité et à durée variables suivant les indications cli- ues :

. *L'effluvation statique* simple qui, par son action di- te et locale aidée de son influence générale, hâte le tra- de réparation et de cicatrisation des ulcères.

. L'application polaire d'un courant galvanique, ou ux d'un *courant ondulatoire*, pour accélérer la chute de charre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ul- ieure de l'effluve statique.

. L'action générale d'un *courant de haute fréquence* r le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le ofesseur d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition ıérale et à apporter à l'économie un supplément de ce et de vitalité.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

*Séance du* 15 *juin* 1897. — *Présidence de* M. Caventou.

**Les navires hôpitaux dans les expéditions coloniales.** M. Duplouy (de Rochefort) lit une note de la part de le Dr A. Burot, médecin principal de la marine.

**Les incubations rabiques et la paralysie ascendante güe.** — M. Rendu. Le 19 mars dernier, un malade mou- it de rage confirmée à l'hôpital Necker dans le service de Barth. Pendant l'autopsie, le 20 mars, le garçon d'am- ıithéâtre fut piqué au niveau de la tête du 2me métacarpien uche ; ce garçon se lava avec divers antiseptiques, mais ne fut pas cautérisé. Il alla à l'Institut Pasteur et com- ença son traitement le 22 mars. Il reçut seize injections squ'au 1er avril. Le 1er avril, en allant le matin à l'Institut ısteur, il commença à sentir un petit frémissement, une ourbature ; le soir même, il était très courbaturé, et se laignait de lumbago ; le lendemain, il prit un bain, mais nsuite se trouva tellement fatigué qu'il fut obligé de se ouche. Le lendemain, M. Barth constate qu'il existe au iveau des membres inférieurs une paralysie incomplète, ais bien déterminée, de l'hyperesthésie, des fourmille- ents continuels dans les membres inférieurs et même ans les bras. La paralysie vésicale commence, on est obligé de le sonder. La paraplégie devient complète, le malade est pris d'étourdissements, de vomissements. Le 6 avril marque l'apogée des accidents, il y a une certaine difficulté à tourner le cou, une tachycardie extraordinaire, 146 pulsations, de la dyspnée. Il semblait naturel de supposer que cette paralysie ascendante aigüe allait arriver au bulbe et amener la mort subite. M. Chailloux qui avait fait les injections fut d'avis de continuer quand même. A partir du 7 avril, on constata une amélioration assez notable. Les fourmillements du bras avaient diminué, il y avait quelque sensibilité de la peau des membres inférieurs. Le 9, le malade a pu faire quelques mouvements, puis s'asseoir. A partir de ce moment, l'amélioration s'est faite progessivement et le malade a fini par guérir complètement à la fin du mois d'avril.

Cette observation présente de réelles difficultés d'interprétation. Au début, on pouvait se demander si on n'était pas en présence d'un cas de rage paralytique. Il s'agissait, sans doute, d'un virus intense, car le malade dont on avait fait l'autopsie était mort quinze jours après la fin de son traitement pastorien.

L'observation de ce cas ne se rapporte cependant pas à ce qu'on voit dans les cas de rage paralytique de l'homme. Ces derniers n'affectent pas en effet la forme d'une paralysie ascendante aiguë ; il est, d'autre part, sans exemple, une fois les accidents rabiques commencés, qu'ils retrocèdent et se terminent par la guérison.

On est au contraire frappé de l'identité qui existe entre l'observation du garçon d'amphiihéâtre et les cas de paralysie ascendante aiguë d'origine toxique et infectieuse. Notre malade a été atteint d'une de ces myélites ascendantes toxiques analogues à celles qu'on provoque ches les animaux par les injections de cultures toxiques.

Avant de se piquer à l'autopsie, le garçon était en parfaite santé ; on n'échappe guère à cette conclusion que des toxines ont été introduites dans l'économie avec les solutions de moelle émulsionnée ; cependant M. Chailloux, convaincu de l'inocuité des injections de la moelle émulsionnée, demanda à la continuer quand même et l'amélioration se fit malgré la continuation de ces injections.

Il serait possible que les injections faites les premiers jours continssent des toxines, mais les mêmes injections avaient été faites à d'autres malades qui n'ont rien eu. Il faut donc tenir compte du terrain sur lequel peuvent se développer les toxines. Cet homme respirait quotidiennement des émanations cadavériques, il est possible que cette imprégnation perpétuelle ait mis cet homme plus facilement qu'un autre en état de receptivité morbide.

M. Roux. M. Rendu incline à penser que cette paralysie est causée par les toxines injectées en même temps que les solutions vaccinales, chez un individu prédisposé par sa profession. Si les toxines rabiques contenues dans les émulsions étaient la cause de cette paralysie, elle auraient du accroître le mal au lieu de le diminuer. M. Roux connaît un autre fait du même genre : un individu mordu le 4 avril subit le traitement jusqu'au 18 mai, puis rentra chez lui à Orléans. Là, se développa une paralysie vésicale, puis une paraplégie qui guérit peu à peu sans traitement.

M. Roux connaît un troisième cas, celui d'un étranger venu à Paris pour se faire traiter de la rage et qui eut de même de la paraplégie, mais on découvrit que ce malade n'avait pas subi le traitement anti-rabique.

Il a été traité à l'institut Pasteur 19000 malades et on re-

lève deux cas de paraplègie qui ont guéri sans laisser de trace, M. Roux ne voit donc aucune relation de cause a effet entre les injections anti-rabiques et les accidents observés par M. Rendu.

M. Rendu. Je suis très frappé de voir qu'en quelques anannées M. Roux a vu trois cas de paralysie ascendante aiguë alors que c'est une maladie très rare et que dans toute ma carrière je n'en ai vu que deux.

Le malade de Necker a eu des accidents très graves et tous les médecins de Necker pensaient un jour qu'il ne passerait pas la journée, il paraît donc impossible de ne pas croire que les injections anti-rabiques y sont pour quelque chose.

M. Laveran. J'ai observé, il y a quelques années, au Val-de-Grâce, un cas rappelant tout à fait celui de M. Rendu. Il s'agit d'un militaire mordu par un chien enragé et qui vint à Paris pour subir le traitement pastorien. Ce malade présenta des douleurs, des fourmillements et une paraplégie, mais plus incomplète que celle observée par M. Rendu. Le traitement fut interrompu, le malade guérit et put reprendre ensuite son traitement. J'ai été frappé de ce fait qui rappelait une rage avortée.

M. Grancher. Pendant la première année des injections anti-rabiques nous avons eu à plusieurs reprises à observer des phénomènes paralytiques. Dans ces accidents paralytiques, il y en avait qui étaient dus à la rage, à la vraie rage et non au traitement; c'étaient des formes de rage que nous ne connaissions pas encore. Il y avait aussi un malade que M. Peter disait atteint de rage du pneumogastrique et qui n'était qu'un simple hystérique.

Il est possible que dans le cas de M. Rendu il s'agisse d'une nouvelle forme de rage, il est possible que chez cet homme il y ait eu intoxication par la piqûre qu'il s'est faite pendant l'autopsie. Il serait intéressant de voir, malgré les recherches déjà faites par M. Rendu, si ce malade n'est pas un hystérique.

M. Brouardel. Au point de vue de la rage paralytique de l'homme nous l'avons trouvée décrite dans Morgagni; cette rage paralytique existait donc avant la découverte du traitement pastorien.

Un homme fait une autopsie de rabique; il se pique en faisant une autopsie, on ne connait pas de cas de communication de la rage de l'homme à l'homme même par inoculation. On sait, d'autre part, que des myélites infectieuses peuvent être consécutives à des piqûres anatomiques.

Il est extraordinaire que sur 19.000 inoculations il n'y ait eu que trois cas de paraplégie, si l'on veut y voir une relation de cause à effet.

M. Dumontpallier. Cette discussion a une très grande importance et je demande qu'elle soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

**Du traitement ambulatoire dans les fractures de jambe.** —M. Reclus parle de l'appareil de marche appliqué aux fractures des jambes et permettant aux malades de marcher immédiatement après une fracture. Il est certain qu'il peut se produire des escoriations et des escharres, mais cela peut se montrer toutes les fois qu'on applique un appareil plâtré, et même les escharres sont très rarement observées. Une autre objection, c'est que le cal doit se faire avec plus de difficulté et demander plus de temps. Eh! bien, c'est justement le contraire qui se produit; le cal se fait avec une rapidité plus grande que chez les malades ayant des appareils plâtrés ordinaires. D'autre part, qua le malade autrefois sortait de son appareil plâtré, il res un impotent dont la guérison pouvait être assez long avec des atrophies musculaires assez souvent. M. L. Cha pionnière a eu le mérite de montrer l'utilité de mobili les fractures d'une façon précoce, on obtient les mêm résultats avec l'appareil de marche.

A 4 h. 45 la séance est levée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 11 juin 1897. — Présidence de* M. Debove.

**Synovites multiples à pneumocoques.** — MM. Widal Menier. Nous venons d'observer des synovites multiple pneumocoques chez un homme de 46 ans qui fut pris, déclin d'une pneumonie, de douleur dans l'articulat tibio-tarsienne gauche. La rougeur et la tuméfact gagnent bientôt le côté externe de la jointure et rem tent au-dessus de la malléole, le long des tendons pé niers. Les jours suivants les régions péri-rotuliennes g che, puis droite, deviennent rouges, puis tuméfiées. L'a culation scapulo-humérale se prend à son tour. Enfin niveau de la main gauche, sur la face dorsale des mé carpiens du médius et de l'annulaire, apparaissent de douleur, des phénomènes inflammatoires et bientôt de fluctuation au niveau de la gaine des extenseurs. Pend qu'évoluent ces arthropathies et ces synovites, les sym tômes généraux s'aggravent, et le malade meurt dans coma.

Le pus, retiré pendant la vie de l'articulation tibio- sienne et de la gaine des extenseurs, contenait des pn mocoques à l'état de pureté.

A l'autopsie, on retrouva le même microbe dans synoviales articulaires et tendineuses.

L'examen histologiques des synoviales et des gaines t dineuses ne montra que des altérations superficielles c sistant en desquamation des cellules endothéliales, con tion vasculaire, infiltration leucocytaire, et foyers hém ragiques.

Les arthrites à pneumocoques sont rarement généralis comme dans notre cas, à un grand nombre de synovia Dans quelques observations antérieures on a pu décele cause du point d'appel du pneumocoque. L'un de nou rapporté, avec M. Meslay, le cas d'une arthrite à pneu coques chez un saturnin goutteux, localisée uniquemen l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gau qui était infiltrée de cristaux d'urate de soude. La local tion uratique préalable avait entraîné la localisation inf tieuse. Récemment MM. Duflocq et Ledamany ont pu un cas d'arthrite à pneumocoques frappant uniquem chez un malade, des articulations profondément lesées le rhumatisme chronique déformant. Dans le cas prés notre malade rapportait que vingt-quatre ans auparav dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, il avait pris d'arthropathies douloureuses qui avaient pers pendant quatre mois. Les localisations articulaires in tieuses ne sont pas l'effet de pur hasard ; elles doivent le plus souvent régies par des conditions histologiq humorales ou dynamiques qui échappent le plus souv à l'observation clinique. Dans le cas actuel, il semble

notre malade ait une sensibilité toute spéciale de son système séreux qui s'est laissé toucher par l'infection pneumonique comme jadis par l'infection typhique.

**Les métrorragies dans les maladies du cœur.** — M. Dalché. La fréquence et la gravité des métrorragies dans les maladies du cœur ont été appréciées de façon fort différente, tant par les gynécologues que par les auteurs qui se sont occupés de pathologie cardiaque. Cela tient à ce que l'on n'a pas toujours assez tenu compte de la période à laquelle était arrivée la cardiopathie, au moment où on examine la patiente. Cependant Maurice Raynaud, et Vallon après lui, avaient déjà remarqué que les règles sont souvent abondantes, profuses au commencement des maladies de cœur et se suppriment à la phase ultime. En effet dans la pathogénie de ces métrorragies entre un élément d'importance prépondérante : c'est la fluxion pathologique ou menstruation qui disparaît à l'époque de l'asystolie permanente et de la cachexie cardiaque, époque où la femme reste dans l'aménorrhée ; or, les premières pertes utérines surviennent toujours à l'occasion des règles. Les métrorragies se produisent de préférence lorsque la lésion cardiaque, encore bien compensée, se manifeste seulement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement, des vertiges, un peu d'œdème malléolaire le soir, l'irrégularité des battements propres aux mitraux compensés, sans insuffisance tricuspidienne ou myocarde forcé. La fonction ovarienne, encore respectée, provoque la fluxion utérine menstruelle qui, à son tour, appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive. De même qu'il existe un foie, un rein cardiaque, il y a un utérus cardiaque sur lequel un état de congestion se fixe de par le fait du molimen cataménial simple ou d'une affection utérine ou péri-utérine, métrite chronique, fibromes, tumeurs ou phlegmasies ovariennes. C'est ainsi que les métrorragies de la puberté, dues à un rétrécissement mitral, sont favorisées par l'évolution de tout l'appareil génital qui, de l'état infantile et pubescent, passe à l'état adulte. Enfin, il est une classe de métrorragies, dont l'apparition précède toute manifestation symptomatique du côté du cœur.

Rare chez les aortiques, les métrorragies se montrent chez les mitrales, en particulier dans les cas de rétrécissement mitral. Les maladies du cœur droit ne les provoquent guère et les malformations congénitales presque jamais. M. Huchard a signalé l'influence de l'hypertension artérielle ; l'artério-sclérose peut altérer aussi les artères utérines. L'effet de ces diverses causes est encore exagéré et favorisé par la constipation chronique, les hémorroïdes, les affections du foie, etc.

Scanzoni a indiqué à tort ces métrorragies chez les enfants. A la puberté, l'éruption des premières est difficile, leur abondance prend souvent le caractère de pertes, une dysménorrhée utérine et ovarienne aggrave la situation. Pendant la vie génitale, les troubles menstruels apparaissent, tantôt en même temps que les palpitations les plus précoces, tantôt surviennent sous l'influence d'une fatigue, d'un surmenage, de la station debout, etc. Pour quelques auteurs il est des cas où l'hémorragie serait profitable et jouerait le rôle de décharge pour la circulation. A la ménopause et après, il ne faut pas oublier la possibilité de métrorragies dues à l'artério-sclérose.

Une intervention opératoire demeure insuffisante parce que, derrière l'utérus, le cœur malade continue à commander aux accidents ; il faut s'adresser à la digitale, à l'ergot, etc., et, dans les cas d'hypertension artérielle, à l'opium et aux sédatifs.

**Hydropneumothorax chez un tuberculeux ; guérison par la thoracentèse.** — M. Troisier. Un homme de 25 ans fut pris subitement, en marchant dans la rue, d'une douleur dans le côté gauche. Il entra le lendemain à l'hôpital et il nous fut facile de faire le diagnostic de pneumothorax. Celui-ci s'accompagna bientôt d'un épanchement et devant la menace d'asphyxie avec déplacement énorme du cœur je me crus autorisé à pratiquer la thoracentèse ; je retirai 750 grammes de liquide séreux et le malade fut immédiatement soulagé, 15 jours plus tard les accidents ayant reparu, je pratiquai une nouvelle thoracentèse qui donna issue à 900 grammes de liquide séro-fibrineux.

Bientôt après, les modifications survinrent, le poumon se rapprocha de la paroi, s'y accola bientôt, et, 2 mois après le début des accidents, la guérison était définitive.

Ce résultat est assez intéressant, d'autant plus qu'ordinairement, quand la guérison survient dans ces conditions, c'est très lentement, en 3, 4, 5 mois et plus. Pour que j'aie pu obtenir la guérison dans ce cas il faut admettre que la fistule broncho-pulmonaire ait été oblitérée au moment de la seconde et même de la première thoracentèse, le poumon ayant pu alors se déplisser et prendre la place du liquide que j'ai retiré, et il faut admettre que la cicatrice ait été assez solide pour résister à l'aspiration.

On ne peut donc pas dire qu'il faut toujours respecter le peumothorax tuberculeux, que c'est un *noli me tangere*. Quand il y a menace d'asphyxie je crois qu'on est autorisé à pratiquer la thoracentèse.

M. Rendu. La ponction peut être subordonnée à l'intensité des symptômes. Je me rappelle un jeune homme atteint, au début d'une tuberculose, d'un pneumothorax avec épanchement considérable. La thoracentèse semblait bien indiquée en raison de l'abondance de l'épanchement. Mais comme il n'y avait pas de dyspnée M. Potain conseilla la temporisation. Le liquide se résorba graduellement, les signes du pneumothorax finirent par disparaître. Le jeune homme n'aurait peut-être pas guéri aussi rapidement s'il avait été ponctionné.

M. Galliard. L'évolution lente, chronique, est la règle dans les pneumothorax d'origine tuberculeuse. Le cas rapporté par M. Troisier est donc exceptionnel.

M. Vidal. J'ai observé un cas qui se rapproche beaucoup de celui de M. Troisier. Il s'agit d'un hydropneumothorax chez un jeune homme tuberculeux et qui guérit complètement au bout de trois mois. Cinq ponctions furent faites pendant ce laps de temps. Elles avaient été imposées par l'intensité de la dyspnée que présentait ce malade. L'ensemencement du liquide de la première ponction décela la présence de streptocoques qu'on ne retrouva plus par la suite.

**Fièvre de surmenage causée par la bicyclette.** — M. Mathieu communique une observation de fièvre de surmenage, survenue chez un cycliste de vingt ans, à la suite d'une course sur piste qui dura vingt-neuf heures consécutives. En descendant de machine, ce jeune homme éprouva un grand malaise, des étourdissements, une céphalée violente, de la dyspnée, des palpitations. Ces phénomènes ne tardèrent pas à s'accompagner d'une élévation de la température. Le malade eut un crachement de sang et dut se faire admettre à l'hôpital. La température monta rapidement à 40° et la fièvre dura huit jours ;

elle tomba brusquement au huitième jour, comme s'il s'était agi d'une pneumonie. L'examen du thorax ne révéla cependant rien d'anormal.

Les urines renfermaient une notable proportion d'albumine (2 gr. 50 par jour), mais l'albuminurie ayant persisté après la chute de la température, il est probable qu'elle n'était pas due tout entière à la fièvre de surmenage ; celle-ci n'avait fait peut-être qu'exagérer une albuminurie qui préexistait. Le malade, ancien scarlatineux, pouvait bien, en effet. être porteur d'une néphrite latente.

M. Faisans rapporte l'observation d'un adulte qui, après une course à bicyclette de 15 kilomètres environ, faite à une allure rapide, fut pris d'un état typhoïde des plus graves (tempèrature élevée à 40°, 41°, céphalée, douleurs névralgiques généralisées). Cet état dura dix-hui à vingt jours durant lesquels l'examen des organes ne révéla rien d'anormal. Après la chute de la température apparurent des phénomènes qui semblaient dépendre d'une infection généralisée (phlébite des veines du mollet, myosite, myocardite).

Dans cette observation, il y a deux phases bien distinctes : une première, pendant laquelle on nota un véritable empoisonnement, survenu brusquement à la suite de l'extrême fatigue causée par la course à bicyclette faite à une allure trop vive chez un homme non entraîné, et une seconde période, caractérisée celle-ci par une infection développée à la suite et à la faveur de l'intoxication première

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

*Séance du 10 juin 1897.*

**Nævus de la région du coude. Applications médicales de la radiographie.** —MM. Besnier et Barthélémy présentent une jeune femme qui porte au niveau du coude un nævus au-dessous duquel se trouve une tuméfaction qui paraît due à une inflammation périostée et épipériostée, comme le démontrent l'adhérence de la peau aux parties profondes, une douleur très localisée et l'œdème de cette région. S'agit-il d'une périostite syphilitique ou d'une périostite tuberculeuse ? Il n'y a aucun signe de tuberculose, ni de syphilis soit acquise, soit héréditaire. La radiographie démontre qu'on est en présence d'une lésion très superficielle ; les os et la jointure du coude sont intacts. Il n'y a que de l'inflammation comme dans les lymphangites et les phlegmons qui ne laissent pas de trace radiographique. Au contraire s'il y avait de la périostite chronique, on en verrait des zônes noires stratifiées comme dans les photographies ci-jointes de périostite ou d'ostéite d'origine syphilitique et d'origine tuberculeuse, comme on peut le voir dans ce cas de périostite du grand trochanter. La lésion est localisée chirurgicalement, abordable alors que la symptomatologie et le traitement jusque-là suivi était tout à fait ceux de la tuberculose intra-articulaire et de la coxalgie confirmée.

M. Du Castel. La radiographie ne donne-t-elle pas lieu à une image dans tous les cas de périostite syphilitique ?

M. Barthélémy. Il y en a une dans le cas de périostite tertiaire. Dans la périostite secondaire l'image est absente.

M. Besnier. Il y avait peut-être lieu d'essayer le traitement antisyphilitique. A ce propos M. Besnier insiste sur l'avantage qu'il y a de donner la liqueur de Van Swieten (20 gr. par exemple) non en une fois le matin, mais en quatre fois à doses espacées dans la journée.

M. Jacquet. Ne s'agirait-il pas ici d'une périostite rhumatismale ? Aussi pourrait-on essayer les applications de salicylate de méthyle.

**Ulcères phéniqués.** — M. Du Castel présente une malade qui se trouve depuis trois mois dans son service. Un médecin en ville a prescrit pour de légères ulcérations variqueuses des jambes un pansement phéniqué ; on ne peut savoir au juste à quel titre était la solution. Ce pansement a été continué pendant plus de trois ans. Il en est résulté d'abord une vive rougeur, puis les ulcérations ont considérablement augmenté. La suppression du pansement irritant, qui a été remplacé par un traitement plus anodin, a modifié l'aspect des ulcérations qui sont aujourd'hui en voie de cicatrisation.

M. Broco a renoncé en général à l'emploi des antiseptiques forts dans le traitement des ulcérations cutanées. Le seul antiseptique bien supporté est l'eau d'Alibour, solution faible de sulfate de cuivre : sulfate de zinc 7 gr., sulfate de cuivre 2 gr., camphre 1 gr., safran 0 gr. 40, eau 200 gr. L'eau d'Alibour s'emploie diluée dans l'eau distillée (2,25 p. 100).

M. Darier se sert avec avantage depuis quelque temps déjà d'une solution à parties égales de borax et d'acide borique (4 p. 100) dans l'eau bouillie.

M. Dominici présente une femme atteinte de syphilide tuberculeuse en placards, qui porte sur le pourtour de la avec région cervicale un réticulum de taches pigmentaires intervalles de peau dépigmentés et pseudo-cicatriciels. La malade a vu survenir ces taches il y a des années au cours d'une grossesse.

M. Ehlers lit desno tes d'un voyage de reconnaissance sur la lèpre dans les Balkans. La lèpre est disséminée dans toute la péninsule et on ne fait rien pour en arrêter l'extension.

**Maladie de Meleda.** — M. Ehlers. M. Oscar Hovenka, à Janjina (Dalmatie) croyait avoir trouvé des lépreux sur l'île de Meleda, en Dalmatie ; il a publié des notes relatives à sa trouvaille dans le dernier numéro de 1895 de *l'Archiv. f. D. u. S.* M. Hovenka s'est mis en rapport avec moi et m'a invité à venir avec lui voir les malades lors de mon voyage de reconnaissance pour la lèpre sur le Balkan. J'ai pu voir dans les villes de Maranovici et Babinopolje 5 des malades en question. Ils ne souffrent pas de la lèpre, mais bien d'une dermatose spécifique et très intéressante, dont voici les symptômes les plus remarquables :

1° La peau de la plante et de la paume est épaissie, tylotique, couleur de cire jaune (adipocire). La paume des mains a l'air cadavérique, et la couleur jaune n'est interrompue que par les points noircis des orifices folliculaires.

2° Epaississement ichtyosiforme de la peau avec aggravation des plis naturels, qui sont surtout manifestes sur le dos du poignet. Follicules visibles en masse comme points noirs, visiblement agrandis et infiltrés de produits étrangers.

3° Frontières nettes, géographiques en lignes ondulées contre la peau saine. 3 de ces malades avaient les mains et les pieds seulement attaqués, la maladie dépassant de quel-

ques doigts le poignet, les malléoles. Un 4e malade avait la même affection des genoux et un 5e des genoux et des coudes.

4° Pas de desquamation, mais la couche superficielle de la peau reste toujours humide et grasse et se détache avec l'odeur désagréable de la macération.

L'état général est bon; les malades peuvent vaquer à leurs affaires et ne se plaignent que de leurs lésions cutanées.

Tous ont indiqué que la maladie est héréditaire ou a éclaté pendant les premières années. 4 malades sont sœurs et frères.

Il s'agit là d'une maladie bien spécifique et bien caractérisée, présentant la plus grande ressemblance avec la psorospermose folliculaire de M. Darier. Malheureusement le temps et les instruments nécessaires me manquaient. On n'a jamais observé cette maladie à l'état endémique, mais le mal de Meleda existe depuis longtemps et est bien connu pas tous les habitants, surtout de *Maranovici*.

M. Darier. Je suis tout particulièrement intéressé par la communication de M. Ehlers. Cependant les photographies qu'il vient de nous montrer me font croire qu'il s'agit là d'une maladie toute différente de la psorospermose. Il y a quelques mois, j'ai observé le cas d'une malade dont les lésions offraient absolument les mêmes caractères. Si je ne l'ai pas publié c'est que je continue encore à l'étudier. La malade a une sœur, atteinte exactement de la même façon. C'est une maladie de famille, congénitale. Quant au nom à lui donner je l'ignore. Si cette maladie a été rencontrée dans une île ainsi que nous le montre M. Ehlers, c'est qu'il s'agit d'une maladie familiale, héréditaire, mais nullement épidémique.

**Note sur le traitement externe de l'eczéma.** — M. Leredde. J'ai employé l'acide picrique dans le traitement de l'eczéma, lorsque j'ai eu l'honneur de remplacer M. le Dr Tenneson à l'hôpital Saint-Louis. J'ai obtenu de remarquables résultats dans l'eczéma aigu, et tout ce qu'on appelle dermatite artificielle. L'œdème disparaît avec la plus grande rapidité, il suffit pour en juger de traiter les lésions d'un côté du corps par l'acide picrique et celles de l'autre côté par quelque autre traitement que ce soit : les lésions épidermiques guérissent également très vite, il ne se produit aucune irritation.

L'application du traitement est des plus simples ; on recouvre les régions eczématisées de compresses trempées dans une solution aqueuse picriquée à saturation, et on enveloppe le tout d'une toile imperméable, le pansement est renouvelé tous les jours. Dans l'eczéma chronique l'acide picrique ne présente aucun avantage.

J'ai modifié de la manière suivante la méthode de traitement par le caoutchouc, telle que l'a réglée M. Tenneson : on applique après asepsie préalable le caoutchouc, au bout de vingt-quatre heures on fait un premier badigeonnage de nitrate d'argent à 1/40, le caoutchouc est appliqué de nouveau après dessication ; au bout de vingt-quatre heures badigeonnage à 1/30 et ainsi de suite ; on peu élever la dose jusqu'à 1/15. S'il se produit un peu de réaction inflammatoire, ce qui est très rare, il suffit d'attendre quarante-huit heures, pour faire un nouveau badigeonage et de diminuer le titre de la solution.

En somme la méthode consiste à appliquer le nitrate d'argent sur la surface décapée, dénudée ; elle m'a paru abréger d'une manière remarquable la durée du traitement, et ne pas offrir de contre indication.

**Sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et remarquable hyperchromie.**— MM. H. Hallopeau et Poulain. Ce fait montre que les papules du lichen de Wilson peuvent se localiser dans les appareils pilo-sébacés ; ils diffèrent de ceux du pityriasis rubra pilaire avec lesquels ils sont encore souvent confondus à l'étranger par leur mode de groupement, leurs localisations, les troubles fonctionnels qui les accompagnent et l'absence de desquamation. L'hyperchromie, phénomène banal dans le lichen de Wilson, atteint ici une intensité tout à fait exceptionnelle à tel point que l'on aurait pu penser à une dystrophie papillaire et pigmentaire : elle est due vraisemblablement à ce que le sujet est par lui-même très brun.

**Sur une érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées.** — MM. H. Hallopeau et E. Weil. On retrouve dans ce fait les caractéristiques, aujourd'hui classiques de cette dermatose et particulièrement le prurit féroce sans prurigo, les sueurs profuses et généralisées revenant incessamment par poussées, l'alopécie, les lésions par places lichénoides par places eczématiformes, Comme particularités insolites il faut mentionner des dilatations des orifices sudoripares avec aréoles congestives donnant lieu à des taches ponctuées d'un rouge plus sombre que les autres parties et prenant parfois l'aspect d'une petite cocarde et surtout l'existence sur le dos de la langue, la face interne des joues et la paroi postérieure du pharynx de plaques blanchâtres nombreuses et étendues avec ulcération à fond rougeâtre, c'est la première fois que des altérations sont signalées dans ces érythrodermies prémycosiques.

Dr Barbe.

## SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 12 juin 1897. — Présidence de* M. A. Voisin, *vice-président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. le Dr Vignes envoie la lettre suivante :

« Je lis dans la *France Médicale* du 28 mai que vous avez présenté à la Société de médecine de Paris la note qu'au nom de Batuaud et au mien j'ai lue à l'Académie l'été dernier. Je ne m'attendais pas à cet excès d'honneur, et je vous prie de croire à toute ma reconnaissance.

« M. Milliée attribue à Trousseau d'avoir le premier mis en lumière les relations pathologiques de l'œil et de l'utérus.

« Je crois la découverte plus antique et les livres hippocratiques doivent en faire mention, comme de la plupart des choses observables en clinique.

« A notre époque, le livre de Cohn « Uterus und Auges, Wiesbaden 1890 » est venu de nouveau attirer l'attention du praticien sur ce point. Ce livre est antérieur à la communication de Trousseau à la Société d'ophtalmologie et est cité par lui.

« Je n'ai donc eu nullement la prétention de faire du neuf par ma lecture à l'Académie, mais bien de soumettre

au monde médical une observation plus complète que celles publiées jusqu'alors, et tellement démonstrative qu'à certains points de vue elle atteint la valeur d'une démonstration expérimentale. Telle a bien été l'opinion de M. Panas, qui lui a fait largement les honneurs de son rapport auquel M. Milliée fait allusion.

« La raison des relations pathologiques entre l'œil et l'utérus, ou pour mieux dire leur cause directe, est-elle microbienne, toxémique ou faut-il simplement voir une diminution de résistance vitale des tissus? Voilà ce que nous ne savons pas. L'examen du fragment d'iris excisé à gauche ne nous a donné aucun résultat capable de nous éclairer.

« J'observe toujours de temps à autre cette malade : elle continue à se bien porter. »

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Dr Beaulavon : deux mémoires sur *Le Traitement de la tuberculose dans les Sanatoria*. — Dr Déléage : *Le Traitement de la goutte à Vichy*.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Bouloumié s'excusant de ne pouvoir présider la dernière séance de la Société avant les vacances ; et de M. Bianchi, appelé à Berlin pour la démonstration du phonendoscope. — Lettre de M. Buret remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire. — Lettre de M. le professeur Joffroy, à propos de l'inauguration du monument de Duchenne de Boulogne à la Salpétrière, et invitant la Société à assister à cette solennité. — Lettre de M. Uchoa Cavalcanti (du Brésil), annonçant l'envoi d'une certaine quantité de plantes en vue des essais thérapeutiques à faire. — Lettre de M. le Dr Weil, posant sa candidature au titre de membre titulaire. — Lettre de M. Beaulavon annonçant l'envoi de ses mémoires. (M. Guépin est chargé d'analyser ces mémoires).

La délégation qui se rendra à l'inauguration du monument de Duchenne de Boulogne se composera des membres du Bureau, des anciens Présidents, et des membres qui voudront bien se joindre à eux.

M. Jullien, secrétaire général, annonce à la Société la mort du Dr Germe, d'Arras, membre correspondant de la Société. Il fait part de la dépêche qu'il a reçue lui annonçant cette mort inattendue, et des compliments de condoléance qu'il a adressés à la famille du Dr Germe au nom de la Société.

**Présentation de brochure.** — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, un petit travail sur les *Ecoulements urèthraux providentiels*.

Les anciens avaient remarqué, comme on peut le remarquer encore, qu'avec la disparition de certains écoulements coïncidait l'apparition de phénomènes plus graves, l'orchite et l'arthrite, par exemple. Inversement, dans le cours ou au déclin des complications précédentes, le retour de l'écoulement devenait un signe d'excellent pronostic.

Sans chercher à défendre la théorie de la métastase aujourd'hui discréditée, il faut reconnaître que nos prédécesseurs avaient vu juste ; que tout écoulement ne doit pas être supprimé brusquement ; que si l'écoulement est un symptôme de l'urètrite, il y a des écoulements sans urètrite, tenant alors à un simple trouble sécrétoire des nombreux appareils glandulaires annexés à l'urètre.

Au total, certains écoulements sont pour un temps et pour le malade, une véritable sauvegarde. Chercher quand et comment il convient de les tarir, en en supprimant la cause, tel est le but que je me suis proposé depuis quelques années.

En choisissant le vocable *providentiel*, un peu paradoxal, en apparence, j'ai voulu attirer l'attention sur un groupe de faits cliniques importants, encore absolument méconnus.

M. Albert Weil. — **Etude sur un cas d'éléphantiasis chez une femme n'ayant jamais quitté la France** (travail de candidature au titulariat).

Aprés sa communication, M. Weil présente le malade à la Société.

La Comission chargée d'examiner la candidature de M. Weil se compose de MM. Leblond, Jullien et Buret rapporteur.

M. Grasset. — **Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ses maladies. Guérison clinique de la tuberculose pulmonaire.** (V. *France médicale*, p. 385).

M. Martin-Durr voudrait avoir quelques explications sur la nature et la préparation des granulozymes, dont M. Grasset fait des ferments solubles, ce qui est très contestable. De plus, on base habituellement une théorie sur des faits observés, M. Grasset fait le contraire : d'une théorie qui lui est absolument personnelle, il fait découler une pratique incertaine et contestable et il n'apporte que des résultats tout à fait insuffisants.

M. Leudet ne dissimule pas sa stupéfaction en présence des résultats merveilleux et vraiment surnaturels obtenus par M. Grasset qui comprendra certainement, sans s'en offenser, que la Société exprime une certaine méfiance à l'égard de sa communication. Certainement, il ne songe pas à opposer un démenti à M. Grasset, il veut bien croire à ces merveilleux résultats, mais il voudrait avoir des preuves plus nombreuses et surtout plus durables. M. Grasset a annoncé que son traitement serait expérimenté dans le service du professeur Grancher ; aussi M. Leudet propose de discuter la valeur de la communication de M. Grasset au courant de l'hiver, quand une nouvelle série d'expériences pourra avoir confirmé l'efficacité du traitement dont il est question.

M. Besnier déplore que le médicament proposé par M. Grasset soit un remède secret, dont on ne connaît ni la nature exacte, ni la préparation. Qu'entend exactement M. Grasset sous le nom de granulozymes? Et comment les obtient-on ?

M. Jullien. Je partage l'étonnement de mes collègues, mais en science nous devons être habitués à ne nous étonner de rien ; l'étonnement n'est pas un argument pour combattre une nouveauté, et je serai le premier à féliciter notre collègue si ses belles espérances se réalisent. Mais je crois avoir retenu quelques propositions contestables et même contradictoires dans son exposé, et je me permets de les signaler. Je crois avoir entendu que le bacille de Koch n'est pour rien dans le développement de la tuberculose ? Ne me suis-je pas trompé ? Et, lorsque quelques pages plus loin, l'auteur énonce que le bacille même mort jouit de propriétés très dangereuses, est-ce bien le même auteur qui parle ?

Enfin je me joins aux précédents orateurs pour réclamer la formule très précise du nouvel agent thérapeutique ; car il importe que chacun puisse en contrôler les propriétés en se plaçant identiquement dans les mêmes conditions que M. Grasset.

M. Grasset. 1° D'abord comme je l'ai indiqué au début de mon mémoire, ma théorie, opinion toute personnelle, a été émise pour montrer l'originalité de ma méthode, de quelle façon j'étais arrivé à mon traitement, et surtout la différence entre le suc pulmonaire, ses applications et ma mixture pulmothérapique. Je n'ai pas tenté l'expérience d'une façon empirique.

2° Voici ma réponse à l'idée que c'est un médicament secret, j'indique la préparation :

Poumon amené de l'abattoir immédiatement après la sacrification du mouton. Toilette pour le débarrasser de tout ce qui n'est pas tissu pulmonaire ou branchiole alvéolaire. Hâchage mécanique et pilonage avec un corps dur inerte pour amener la trituration mécanique du tissu. Desquammation dans un sérum artificiel additionné de substances antiseptiques pour éviter toute fermentation. Séparation du liquide au tamis, de manière à avoir un liquide trouble, très chargé en substances albuminoïdes dans lequel le microscope ne décèle que des débris cellulaires et des granulations. Conservation dans la glycérine mentholée.

Mode d'usage: Trois à cinq cuillerées à café chez les enfants; deux à quatre cuillerées chez les adultes. Tenir au frais. Ne pas prendre la potion avec une boisson chaude et ingérer à une certaine distance des repas.

J'appelle cette mixture, mixture pulmothérapique, pour en indiquer à la fois l'origine et l'usage et les différences du suc pulmonaire.

3° Réponse à l'objection que je n'ai pas assez de cas.

Les résultats obtenus m'ont tellement surpris que j'ai cru de mon devoir de communiquer à nos collègues, mon procédé, afin qu'ils puissent en faire usage et apporter des documents à cet égard.

Après une réplique de M. Martin Durr qui conteste la présence des granulozymes dans ce liquide, qui en fait une simple macération pulmonaire, et qui demande une analyse mieux titrée, la séance est levée à six heures.

Brossard.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 16 juin 1897. — Présidence de* M. E. Delens.

**Du choix des procédés d'extirpation dans le traitement du cancer du rectum.** — M. Quénu fait une communication qui résume toutes ses communications antérieures et forme le paragraphe du traitement opératoire d'un article sur le cancer du rectum.

**Procédé d'hystérectomie abdominale totale.** — M. Richelot. L'hystérectomie abdominale peut être dirigée contre les affections des annexes. Je n'ai rien abandonné de mes anciennes préférences pour l'hystérectomie vaginale, mais, dans certains cas, où l'on a commencé par l'incision abdominale, au point de vue de la guérison définitive, l'ablation de l'utérus nous paraît presque indispensable — même par la voie abdominale. — C'est Delagenière qui, chez nous, l'a défendue. Et me sentant plus rassuré par une technique meilleure, je pense que l'hystérectomie abdominale totale me paraît le complément naturel et obligé de l'ablation des annexes. La présence des poches purulentes rend la technique un peu différente. Après avoir détaché la séreuse antérieure, pincé les uretères et ouvert le cul-de-sac antérieur, on renverse le col d'arrière en avant et on décolle le péritoine postérieur, et de bas en haut on ouvre ou on détache les poches purulentes annexielles en plaçant des pinces sur les ligaments larges, et on peut arriver à avoir d'un seul bloc tout l'appareil utéro-ovarien. Mais la rupture peut avoir lieu et alors elle a lieu dans la partie pelvienne de l'opération, en dehors de la cavité péritonéale protégée par des compresses. Puis je ferme l'ouverture vaginale et pratique les sutures péritonéales, après avoir eu soin de drainer avec un gros drain.

**Uretère surnuméraire s'ouvrant dans le vagin et à la vulve. Abouchement de l'uretère dans la vessie. Guérison.** — Présentation de la malade par M. Albabran.

F. Verchère.

## VARIÉTÉS

### La question de l'ordre des médecins devant le Conseil des Sociétés médicales d'arrondissement.

Nous publions ci-dessous le rapport du Dr Cayla, lu lundi soir à la dernière séance du Conseil général et unanimement approuvé.

Messieurs, au mois de novembre 1896, prenant en considération une proposition d'étude de la question de la création d'un ordre des médecins, vous avez nommé une Commission composée de MM. les Drs Gibert, Depasse, Desnos, Mangenot et Verchère, chargée de vous présenter un rapport après avoir étudié les projets parus à ce jour.

Au mois de mars 1897, je venais vous lire un premier rapport de cette Commission, après avoir fait l'historique de la question et rappelé les phases par lesquelles elle avait passé depuis son origine en 1845, sous le ministère de Salvandy, jusqu'au dernier projet du Dr Dignat en 1892.

Plusieurs membres de la Commission avaient pensé que l'organisation actuelle, c'est-à-dire les Sociétés médicales d'arrondissement et leur Conseil pouvaient remplir le but que l'on cherchait en créant un Conseil de l'ordre, mais plusieurs autres pensèrent que le vote de la Commission devait avoir un sens plus catégorique et plus favorable à cette création et nous revînmes avec un avis portant qu'il y avait lieu d'étudier et de réaliser la création d'un ordre des médecins. Mais ce vote n'avait qu'une valeur consultative, et, dans la réunion du 8 mars, suivant la procédure suivie jusqu'ici, vous émettiez l'avis qu'en présence d'une question de l'importance de celle-ci, il fallait consulter et recueillir l'avis du corps médical, les Sociétés furent donc avisées d'avoir à répondre aux deux questions suivantes : 1° la Société du... est-elle d'avis qu'il y a lieu de créer un ordre des médecins? 2° en cas de réponse affirmative, avez-vous un projet à soumettre?

C'est le résultat de cette consultation que nous venons vous apporter aujourd'hui.

Les dix-sept sociétés médicales d'arrondissement, en y comprenant celles de Neuilly et de Boulogne, dont le groupement forme le Conseil général, ont été consultées, elles représentent à l'heure actuelle 1050 médecins.

Sur ces dix-sept sociétés sept ont émis un vote défavorable, ce sont la société du Louvre (Ier et IIe arrondissements), le IVe, le VIe, le VIIe, le VIIIe, le XIe, le XIIe. Cinq ont émis un vote favorable à l'idée d'une création analogue

sans se prononcer sur aucun des projets soumis. Ce sont le XIII^e^, le XIV^e^, le XVI^e^, la Société de Neuilly. Deux acceptent. La Société du X^e^ prend le projet du Syndicat avec quelques légères modifications.

Le IX^e^ arrondissement a voté par 38 voix contre 12 un projet élaboré par elle et que son secrétaire-général, notre honorable confrère M. le D^r^ Jamin, est venu défendre devant le Conseil,

Le XV^e^ a émis un vote simplement favorable à l'étude.

Deux Sociétés n'ont pas répondu, le III^e^ et la Société de Boulogne.

En classant les votes on pourrait établir le tableau suivant :

| | |
|---|---|
| Opposants | 7 |
| Favorables avec restriction | 5 |
| Indifférents | 3 |
| Acceptants | 2 |

En les interprêtant dans le sens le plus favorable nous arrivons au chiffre de dix hostiles contre sept favorables.

Pour arriver à ce dernier chiffre nous sommes obligés d'y faire rentrer ceux inscrits sous le n° 2. Mais il est certain que les votes de ces Sociétés n'impliquent nullement la nécessité de cette création. Exactement elles voudraient que l'on fasse quelque chose au point de vue de la dignité professionnelle, mais pas une n'admettrait un des projets d'ordre de médecins publiés jusqu'ici. Dans ces conditions votre Commission est d'avis qu'il y a lieu ce renoncer à cette création.

L'idée n'est pas mûre, malgré les événements, malgré la poussée de l'opinion, le public médical n'en veut pas. Dans cette voie nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui que nous ne l'étions en 1884, lorsque l'Assemblée générale des médecins de France consulta les Sociétés locales : sur les 43 Sociétés locales consultées, 14 seulement avaient exprimé un avis favorable.

Mais, Messieurs, si le public médical est réfractaire à l'idée de la création d'un ordre de médecins, il n'en est pas moins désireux de voir faire quelque chose qui permette de sauvegarder et de relever la dignité professionnelle. Ce quelque chose, le pouvons-nous? C'est ce qu'a pensé notre Commission et nous allons trouver, à Paris du moins, les éléments nécessaires à ce but moralisateur que nous poursuivons, dans l'organisation même que nous possédons, dans ces Sociétés d'arrondissement qui peuvent fonctionner comme Chambre de discipline et dans ce Conseil général qui pourra fonctionner suivant le mode que vous indiquerez comme un conseil de l'ordre.

Où trouver, en effet, pour juger une question professionnelle plus de liberté d'appréciation, plus de compétence. plus d'indépendance dans le jugement, où l'accusé peut-il trouver plus de garantie morale auprès de ses juges, sinon dans la Société d'arrondissement. On n'y entre, en effet, que dans des conditions qui garantissent la moralité de l'élu, sous le couvert d'un parrainage, après une enquête faite par une Commission et un vote public, après rapport de cette Commission.

Supposons une question d'ordre professionnel soumise à l'appréciation d'une Société d'arrondissement, le confrère pourra en appeler au Conseil général, s'il croit avoir à se plaindre du verdict. Fortifions donc l'organisation actuelle, développons la Société d'arrondissement au point que tous les confrères regardent comme un devoir et un honneur d'en faire partie et qu'il soit mauvais sinon suspect de ne pas en faire partie. Comme premier acte dans ce sens, nous vous proposons de publier un annuaire des Sociétés médicales d'arrondissement, publication dont le Conseil aurait la charge. Une Commission en établirait la forme, on pourrait y faire figurer, avec les noms des sociétaires, l'historique des Sociétés d'arrondissement. A ce sujet, nous sommes heureux de nous trouver en conformité d'idée avec l'honorable doyen de la Faculté qui, dans notre dernier banquet, émettait cette idée qu'il serait désirable que le Conseil prit l'initiative d'une publication semblable.

Voilà les mesures que nous vous proposons d'accueillir :

Quel reproche peut-on faire, un seul, c'est que n'introduisant pas l'obligation de faire partie des Sociétés, on peut se soustraire à leur action, et que les pénalités seront toutes morales. Ceci est pour beaucoup une supériorité; ce système a surtout pour avantage de ne faire appel à aucune loi et de ne pas faire intervenir les pouvoirs publics dans des affaires qui ne doivent jamais être que médicales. En cela nous sommes sûrs d'avoir l'agrément de tous ceux, et ils sont nombreux, qui, avec leur dignité, ont le souci de leur indépendance professionnelle.

---

## Les thèses de doctorat.

Nous sommes à la fin de l'année scolaire et un grand nombre d'étudiants cherchent à passer leur thèse, pour aller ensuite s'installer. Une maison d'édition du quartier latin a donc bien choisi son moment pour envoyer à tous les candidats une circulaire dans laquelle se trouve cette phrase en italique :

*La maison se charge de fournir des manuscrits de thèses de médecine à tout candidat qui en feront* (sic) *la demande.*

Un tel prospectus, lancé par centaines d'exemplaires, ne pouvait pas ne pas s'égarer en dehors du cercle intéressé; aussi l'un deux tomba-t-il entre les mains d'un de nos confrères de la presse politique.

Notre confrère, sa curiosité mise en éveil, s'achemina dès le lendemain vers le quartier latin, et après enquête paraissait dans son journal, sous ce titre suggestif : QUI VEUT DES THÈSES? un article dont voici les principaux passages :

« Une dame d'allure quelconque me reçoit et, lui mettant sous les yeux le prospectus de sa maison, je lui raconte en quelques mots que j'ai subi tous mes examens de médecine, qu'il me reste à passer ma thèse de docteur, que je n'ai pu préparer faute de temps. Je prie cette dame de me rendre le service de me procurer la thèse indispensable que je n'aurais qu'à signer.

— Rien de plus facile, Monsieur, me répond la dame; je puis vous fournir une excellente thèse ordinaire à 200 fr.; si vous voulez un sujet plus distingué, ce sera 500 et pour une thèse remarquable en tous points et dont on parlera ce sera 1.000 francs.

« Je réplique à l'honorable libraire que je suis un modeste, qu'une bonne petite thèse quelconque me suffira, et que 200 francs me paraissent même un prix exagéré.

« Nous discutons un peu et tombons enfin d'accord au prix de 150 francs.

« Le prix étant définitivement fixé, je demande alors si je puis savoir quel sera le sujet de ma thèse.

— Cela, il m'est impossible de vous le dire, me répond mon interlocutrice, car je l'ignore moi-même; mais repassez demain, je verrai aujourd'hui s'il y en a de prêtes;

dans le cas contraire, ce ne sera qu'une affaire de quelques jours pour vous remettre le manuscrit.

« Sur ces mots, nous nous quittons, la marchande et moi, les meilleurs amis du monde.

« Et maintenant, que dire de ma découverte ? Tonner en phrases indignées contre le commerce immoral du marchand ? Déplorer en termes amers cet avilissement de certains étudiants qui, par leur paresse, ont facilité l'extension de pareils faits ? Crier au scandale, à l'abus, et demander au doyen de la Faculté de médecine de sévir ? Ce n'est pas là mon rôle. »

La maison d'édition incriminée a depuis cherché à racheter son imprudence en attribuant le tout à une simple erreur typographique. C'était fortement tiré par les cheveux et plus que difficile à accepter. Pourquoi d'ailleurs chercher à nier une chose que tout le monde sait fort bien : un bon nombre d'étudiants font faire leur thèse et quelques internes des hôpitaux tirent de là des revenus sérieux. J'en ai pour ma part commis un certain nombre autrefois ; c'était même très agréable pendant l'internat de gagner en quelques jours une somme de deux à quatre cents francs.

J'ai même souvenance d'un chef de service, quelque peu original il est vrai, qui, pour charmer ses loisirs, réunissait, dans un cabinet attenant à la principale salle de son service, quelques Moldo-Valaques auxquels il dictait leur thèse. Il avait même fait placer sur la porte de ce cabinet cette enseigne très suggestive : Fabrique de Thèses.

Que conclure de tout cela ? D'abord que l'on pourrait bien, sans inconvénient, supprimer la thèse inaugurale ? Oh assurément. Je le regretterais pour ceux de mes collègues d'internat qui se livrent actuellement à cette utile industrie, mais la science n'y perdrait pas grand chose. Cette mesure serait cependant insuffisante : les étudiants qui font faire leur thèse sont quelquefois des jeunes gens fort intéressants, pressés de prendre une situation qui va leur échapper, mais le plus souvent ce sont des individus ou paresseux ou mal doués qui, ayant été refusés plusieurs fois à chaque examen, arrivent à un âge où le travail leur devient de plus en plus difficile et sont tout aises de pouvoir au moins acheter le dernier examen qui leur reste à subir.

Il est navrant d'être obligé d'avouer qu'un imbécile quelconque peut toujours, avec du temps et de la persévérance, arriver à être docteur en médecine. Et nous trouvons notre profession trop encombrée ! M'est avis que si une bonne loi interdisait de se représenter à ceux qui auraient déjà été refusés trois fois à un examen quelconque, ou mieux encore plaçait à l'entrée des études médicales quelque examen éliminatoire sérieux, il y aurait moins, assurément, de docteurs en médecine, ce qui ne serait peut-être pas un grand mal, et ils vaudraient mieux, ce qui serait sans doute un remède à un bon nombre de maux réels dont souffre notre profession.

A. Chevallereau.

## NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Par décret en date du 4 juin 1897, M. le Dr Dupuy (Déotin-Décadi-Magloire), membre du Conseil général de l'Aisne, maire de Vervins, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret, en date du 5 juin 1897, M. le Dr Mourette (Isidore-Benoni), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

**Corps de santé de la marine.** — Par décret, en date du 10 juin 1897, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

*Au grade de médecin principal.* — MM. les Drs Aube et Roux, médecins principaux de la marine en retraite.

— Par décret, en date du 11 juin 1897, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin en chef.* — M. le médecin principal Galliot.

*Au grade de médecin principal.* — MM. les médecins de 1re classe Alix, Laurent, Duclaud et Thémoin.

*Au grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de 2e classe Kieffer, Marchandou, Lorin et Briend.

**Médecins inspecteurs des écoles.** — Par arrêté préfectoral, en date de 25 mai 1897, ayant effet du 1er juin 1897 :

M. le Dr Courdoux est nommé médecin inspecteur des écoles du XVIIIe arrondissement, en remplacement de M. le Dr Mars, décédé.

**Faculté de médecine de Paris.** — Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1897, la chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

**Ecole de médecine de Dijon.** — Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1897, un concours s'ouvrira le 25 octobre 1897, devant l'Ecole de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Ecole.

**Ecole du Val-de-Grâce.** — Un concours s'ouvrira le 18 octobre prochain à l'Ecole du Val-de-Grâce pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée aux expertises de l'armée et de toxicologie.

**Les pharmaciens de 2e classe de la marine.** — On nous signale la situation vraiment digne d'intérêt des pharmaciens de 2e classe de la marine qui, dans l'état actuel du cadre, sont susceptibles d'arriver à l'âge de la retraite sans pouvoir être promus au grade supérieur.

Le dernier des pharmaciens de 2e classe nommé à la première, avait treize ans de service dans son grade qui correspond à celui de lieutenant et est attribué à la sortie de l'école supérieure de médecine navale de Bordeaux ; les deux pharmaciens de 2e classe qui le suivent immédiatement ont plus de onze ans de grade et comme aucune vacance normale n'est à prévoir avant 1902, ils compteront près de dix-sept ans de grade au moment de leur promotion. Pour ceux qui les suivent l'avancement sera plus lent.

La durée du stage dans le grade de lieutenant ou dans les grades assimilés est beaucoup moindre dans les autres corps militaires ; il est de sept ans dans les corps de l'armée de terre, de six ans et demi dans les corps coloniaux et il ne dépasse pas huit ans dans le moins favorisé des autres corps de la marine.

La situation des pharmaciens est donc exceptionnelle et appelle l'attention sur ces auxiliaires précieux qui, comme chimistes, rendent d'importants services à toutes les branches de l'activité maritime. On se souvient, en effet, que c'est à un pharmacien qu'on doit la solution de la question des piqûres des tôles des torpilleurs dans l'arsenal de Toulon.

On ne saurait songer, pour améliorer cette situation, à

augmenter l'effectif des grades supérieurs ; l'amélioration ainsi produite ne serait que momentanée. Le moyen qui semble répondre le mieux aux desiderata des intéressés serait, par analogie avec la mesure qui a été prise pour diminuer le temps passé dans le grade de sous-lieutenant, de limiter à un certain nombre d'années le temps de service comme pharmacien de 2e classe, temps après lequel la promotion au grade supérieur se ferait de plein droit, qu'il y ait ou non des vacances. Les intéressés demanderaient que la période de service fût fixée à dix ans, période supérieure de deux ans au maximum constaté dans les autres corps. L'augmentation de dépenses entraînée par l'adoption de cette mesure n'attendrait pas 2.600 francs par an.

**Duel médical.** — Un duel qui vient d'avoir lieu à Bonn a produit un vif émoi dans cette ville. Deux médecins assistants de la clinique chirurgicale, les Drs Reusing et Fischer, sont allés sur le terrain à la suite d'une altercation. Le Dr Reusing avait reproché à son collègue d'avoir été la cause de la non-réussite d'une opération chirurgicale. Le Dr Fischer, atteint en pleine poitrine, a été tué du premier coup.

**Inauguration du Monument Duchesne** (de Boulogne). — L'inauguration du Monument élevé à la mémoire de Duchesne (de Boulogne), aura lieu le dimanche 27 juin à l'Hospice de la Salpêtrière sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur. On se réunira à l'Hospice de la Salpêtrière, 17, boulevard de l'Hôpital, à 9 h. 1/2 précises.

*Le Président du Comité* : A. Joffroy.

Le Monument a été exécuté par M. Ch. Desvergnes, statuaire, avec le concours de M. G. Debrie, architecte.

**Cours d'hygiène sociale.** — Professeur le Dr J. Martin. La Conférence pratique du Dimanche 20 juin aura lieu à la Station physiologique de M. le professeur Marey (de l'Institut), au Parc-aux-Princes, près la porte d'Auteuil, à neuf heures et demie du matin.

Les Cours et les Conférences sont publics.

**Etudes médicales mouvementées.** — Un étudiant en médecine, du nom de Boryski, vient d'être reçu docteur à Varsovie à l'âge de 75 ans.

Il avait pris ses premières inscriptions il y a cinquante-quatre ans ; mais le manque de fonds l'obligea pendant vingt ans à exercer le métier de précepteur jusqu'à ce qu'il pût réunir assez d'argent pour continuer ses études.

Il passa alors son premier examen avec succès, mais à ce moment survint le soulèvement de la Pologne de 1863 et il se jeta avec enthousiasme dans le mouvement.

Le soulèvement comprimé, Boryski fut exilé en Sibérie où il resta trente-deux ans condamné aux travaux forcés dans les mines d'argent.

Grâcié en 1895, il revint à Varsovie où il reprit le cours de ses études interrompues depuis 1863. Au bout de deux ans, il put passer ses derniers examens et s'établir enfin comme docteur à l'âge de 75 ans.

Souhaitons que la clientèle ne soit pas trop longue à lui venir.

**Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.** — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide pour se rendre de Paris à Royat est la voie : Nevers-Clermont-Ferrand. Durée du trajet : de Paris à Royat, en sept heures ; à Vichy, en six heures et demie. Prix : de Paris à Royat, 1re cl., 47 fr. 80 ; 2e cl., 32 fr. 30 ; 3e cl., 21 fr. 10. — De Paris à Vichy, 1re cl., 41 fr. ; 2e cl., 27 fr. 70 ; 3e cl., 18 fr. 10.

**Nécrologie.** — M. Durand, médecin à Davenescourt (Somme), reçu en 1879. — Le Dr Leroux, chirurgien-honoraire de l'hospice de Versailles, reçu en 1855.

---

**La mortalité à Paris.** — Pendant la vingt-troisième semaine, du 6 au 12 juin 1897, le service de la statistique a compté 818 décès, au lieu de la moyenne 916.

Les maladies épidémiques sont moins rares (43 au lieu de 52 et de la moyenne 66), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 6 et de la moyenne 8, la scarlatine 2 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 5, la rougeole 27 comme la moyenne au lieu de 31 la semaine dernière, la coqueluche 2 au lieu de 5 et de la moyenne 7, la diphtérie 2 au lieu de 5 et de la moyenne 16.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 2 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 24 décès au-dessous de 1 an au lieu de 26 et de la moyenne 64.

En outre 18 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 89 décès (au lieu de 78 pendant la semaine précédente et au lieu de 102, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 19 ; bronchite chronique 14 décès (au lieu de la moyenne 19) ; bronchopneumonie, 28 décès (au lieu de la moyenne 30) ; pneumonie 33 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 42 décès, dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 21 décès ; la méningite simple, 27 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 47 décès, et les maladies organiques du cœur, 54 ; le cancer a fait périr 48 personnes. Enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 17 suicides, et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 509 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.112 enfants vivants (577 garçons et 535 filles), dont 802 légitimes et 310 illégitimes. Parmi ces derniers, 46 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 354 enfants, dont seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 91 seront nourris au sein et 263 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 101 mort-nés (dont 69 légitimes et 32 illégitimes).

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**La cause de la tuberculose,** *suivant le prof. Robert Hoche* et *sa méthode curative,* par le Prof. Middendoy, de Gronnigue (Pays-Bas). — J.-B. Waltus, libraire éditeur. Prix : 3 francs.

**Notes cliniques sur les eaux d'Evian,** par le Dr Chiais. Paris, in-8, 24 p.

**PILULES DE QUASSINE FREMINT**
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

**CAPSULES DARTOIS** 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

**NUTRITION DES ENFANTS.** Farine alimentaire Vigier.

*Le Gérant :* A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*